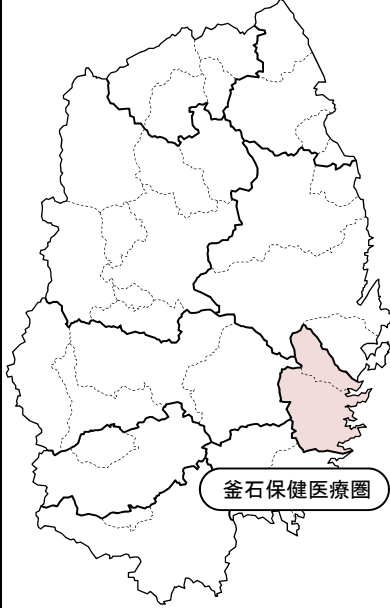


釜石保健医療圏

1 圏域の現状 【1については第3回で修正予定】

(1) 人口、医療提供施設等

	【保健医療圏の位置】	構成市町村	釜石市、大槌町			
	介護保険者	釜石市、大槌町				
	面積	640.77km <sup>2</sup>				
	人口	圏域計	令和4(2022)年	40,804人	令和12(2030)年	37,468人
			0~14歳	3,774人(9.3%)	3,272人(8.7%)	
		15~64歳	20,598人(50.5%)	18,804人(50.2%)		
		65歳~	16,432人(40.2%)	15,392人(41.1%)		
		(再掲)65~74歳	7,408人(18.1%)	5,779人(15.4%)		
		(再掲)75~84歳	5,748人(14.1%)	6,203人(16.6%)		
		(再掲)85歳~	3,276人(8.0%)	3,410人(9.1%)		
人口密度	64.1人/km <sup>2</sup> [77.3人/km <sup>2</sup> ]					
1世帯当たり人口	1.95人 [2.21人]					
人口動態	出生率(人口千対)	4.8	[5.4]			
	死亡率(人口千対)	20.2	[14.7]			
	乳児死亡率(出生千対)	5.0	[1.5]			
	死産率(出産千対)	28.8	[19.5]			
医療提供施設 (人口10万対)	施設数	病院	6 (14.3 [7.7])	許可病床数	一般病床	694床 (1,650.3 [911.2])
		診療所	26 (61.8 [74.2])		療養病床	102床 (242.6 [185.9])
		歯科診療所	17 (40.4 [46.6])		精神病床	204床 (485.1 [340.1])
		薬局	21 (51.2 [37.2])		感染症病床	0床 (0.0 [3.2])
		訪問看護ST	2(4.9 [10.8])		結核病床	0床 (0.0 [7.6])
医療従事者 (人口10万対)	医師91.3人(209.3 [257.1]) 歯科医師27.1人(62.1 [94.0]) 薬剤師22.8人(52.3 [39.4]) 看護師・准看護師523.9人(1,201.0 [1,020.0])					
受療動向	完結率：入院78.7% [73.0%]、外来87.5% [87.8%] 病床利用率：一般病床66.4% [67.9%]、療養病床86.6% [85.4%] 平均在院日数：一般病床31.8日 [18.1日]、療養病床313.0日 [136.7日]					

備考) [ ] 内は岩手県の数値。

(2) 病床機能と在宅医療等の需要について

病床機能(単位：床)

在宅医療等の需要の機械的推計値(単位：人/日)

機能区分	令和4年度 (2022) 病床機能報告	令和7年 (2025) 必要病床数
全体	796	549
高度急性期	0	31
急性期	224	130
回復期	217	165
慢性期	334	223
休棟等	21	

	平成25年 (2013) (A)	令和7年 (2025) (B)	増加量 (B-A)
在宅医療等	703	820	117
(再掲) 訪問診療分	355	430	75

## 2 圏域における取組の方向

- 東日本大震災津波により大きな被害を受けた当圏域は、災害公営住宅等恒久的な住宅へ移行した被災者の中には、転居に伴う生活環境の変化に加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による生活様式の変化に伴う外出機会や活動量の減少により、心身の疲労、体力の低下などの健康面での課題が生じています。
- また、当圏域は県内でも高齢化率が高く、独居や老夫婦のみの高齢者世帯の増加、それに伴う生活習慣病や認知症の増加が懸念されており、医療介護連携をはじめとする地域包括ケアの構築とともに、次の4つの課題に重点的に取り組めます。
- なお、地域で安心して妊娠・出産・子育てができるよう、市町や関係機関等と連携し、妊産婦支援に取り組んでいきます。
- さらに、新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえて、医療・検査体制、感染症患者の情報収集の体制などが課題となったことから、医療機関等との連携により、今後の新興・再興感染症の発生に備えた体制整備を進めていきます。

### (1) 脳血管疾患の課題と主な取組

#### 【課題】

##### (脳卒中の予防)

- 最大の危険因子である高血圧の予防については、家庭での血圧測定の推奨とともに、減塩や野菜・果物摂取量の増加、日常における歩行数の増加や運動習慣の定着、禁煙・受動喫煙防止環境の整備、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒の抑制など一層の取組が必要です。
- 脳卒中予防のためには、生活習慣の改善と体の状態を把握し、血圧をコントロールすることが重要です。

当圏域は他の圏域と比べて特定健康診査の受診率が低い傾向があることから、受診率の向上が重要です。また、ハイリスク者への適切な保健指導の実施と必要に応じた受診勧奨及び治療継続の支援が必要です。

##### (脳卒中の医療体制)

- 急性期から回復期までのリハビリテーションを実施する医療機関数が少ないため、一層の拡充が求められています。

また、地域のリハビリテーション実施施設等の従事者に対する研修の実施が必要です。

#### 〈主な取組〉

##### (脳卒中の予防)

- 住民等を対象とした健康づくりの講座等の充実を図っていきます。
- 減塩・適塩についての普及啓発活動とともに、高血圧予防についての健康相談や栄養教室の充実を図っていきます。
- 死亡率の低減及び重症化予防のため、早期発見・早期治療の重要性についての周知を図っていきます。

##### (脳卒中の医療体制)

- 急性期から回復期医療、リハビリテーション、介護サービスの連携を実施するためには、相互に診療情報や治療計画を共有することなどが必要であるため、ICTの活用や合同カンファレン

ス等による情報交換など医療と介護の連携による取組をさらに推進します。

## (2) 糖尿病疾患の課題と主な取組

### 【課題】

#### (糖尿病の予防)

- 糖尿病を予防するためには、栄養、運動等の生活習慣の改善を促す普及・啓発のほか、特定健康診査による糖尿病予備群やメタボリックシンドローム該当者・予備群の早期発見、特定保健指導による糖尿病有病者の増加の抑制が必要です。
- 特定健康診査により糖尿病要治療となった者に対する医療機関への受診勧奨を行うとともに、治療中断者に治療継続を促す取組みの強化や特定保健指導を徹底していくことが必要です。

#### (糖尿病の医療体制)

- 糖尿病の悪化の防止やその合併症の予防のためには、血糖の管理を指導する医師等が不可欠であるほか、糖尿病専門医の確保が求められています。
- 糖尿病の重症化を予防するため、受診勧奨されて受診した患者を受け入れ、行政と協力して保健指導を行う協力医療機関の拡充が求められています。

### 〈主な取組〉

#### (糖尿病の予防)

- 糖尿病予防のため、食生活や運動習慣など生活習慣の改善に向けた取組みの啓発と血糖リスク保有者の特定保健指導を徹底するとともに、特定健康診査の受診率向上を図ることで、糖尿病の早期発見・早期治療につなげます。

#### (糖尿病の医療体制)

- 糖尿病専門医師の配置に向けた要請活動や招請活動の展開のほか、糖尿病療養指導士などの育成を図っていきます。
- 開業医との検討の場を設けるほか、専門医療機関とかかりつけ医とによる病診連携とともに、糖尿病患者の歯科治療におけるかかりつけ歯科医との連携を図っていきます。
- 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者、糖尿病又は糖尿病性網膜症治療中断者に対し、手紙や電話、個別面談や戸別訪問等による受診勧奨を強化し、行政と医療が協力して重症化予防に取り組めます。

## (3) 在宅医療の課題と主な取組

### 【課題】

- 医師や看護師などの医療職及び介護福祉士などの福祉職の人的資源が不足している中、多職種による連携の強化、充実が求められています。
- 在宅療養者が安心して生活を送ることができるよう、医療・介護に加えて、自治会や町内会、NPO、民生児童委員等の関係団体と地域住民等が連携した日常生活の生活支援を支える地域包括ケアシステムの効果的な運用に取り組む必要があります。

## 〈主な取組〉

- 医科や歯科、薬科等の多職種連携の充実を図るため、釜石・大槌地域医療福祉多職種連携の会「OK スクラムねっと」との連携の強化、支援を行うほか、ICTの活用によるかまいし・おおつち医療情報ネットワーク「OKはまゆりネット」の運営基盤の強化や利用者の拡大等に取り組んでいきます。
- また、市町や関係機関等と連携し、包括的かつ継続的な在宅医療の構築、人材育成及び地域住民への普及啓発を図っていきます。

## （４）認知症医療の課題と主な取組

### 【課題】

#### （認知症の予防・早期対応）

- 認知症の人を見守り、支え合うためには、地域住民の認知症に関する正しい知識と理解をさらに広めることが重要であり、普及・啓発活動の一層の充実が求められています。
- もの忘れなどの初期段階での気づきや相談等の遅れが、認知症の疾患症状の進行につながることから、認知症に関する正しい知識を持ち、早期に気づき、早期に地域包括支援センターへの相談や専門医療機関への受診等を行うことの重要性を周知することが必要です。

#### （認知症の支援）

- 認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、鑑別診断や適切な医療を受けられる体制を構築することが必要です。
- また、認知症の人の悩みやその家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーターを中心とした支援者につなげる仕組みが必要です。

## 〈主な取組〉

#### （認知症の予防・早期対応）

- 認知症の人を見守り、支え合う地域づくりを進めるため、認知症サポーター養成講座の実施により、認知症サポーターの養成に努めるほか、住民への普及啓発を行います。
- 住民を対象とした公開講座等を通して、認知症の気づき段階からの地域包括支援センター等への相談や専門医療機関への受診を行うなど、早期対応の必要性について周知していきます。

#### （認知症の支援）

- かかりつけ医の認知症対応力向上研修や認知症等に関する相談など、地域において認知症の人への支援体制構築の役割を担う認知症サポート医の支援に努めるほか、医療や介護の専門職で構成される「認知症初期集中支援チーム」、「認知症地域支援推進員」活動の支援に取り組んでいきます。
- また、認知症サポーターによる認知症の人や家族を支援する「チームオレンジ」などの活動を支援していきます。